

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1903-1904. — N° 180

COLOTYPHOÏDE
ET
ABCÈS DU FOIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Juillet 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges NUGUE

Né le 9 Juillet 1879, à Lyon (Rhône).



LYON

A. REY & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1904

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 180

COLOTYPHOÏDE
ET
ABCÈS DU FOIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Juillet 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges NUGUE

Né le 9 Juillet 1879, à Lyon (Rhône).



LYON

A. REY & C^{ie}, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN
HUGOUNENQ. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUBEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE. BONDET. BARD. PONCET. JABOULAY. X. GAYET GAILLETON. PIERRET. WEILL. MONOYER. HUGOUNENQ. CAZENEUVE. BEAUVISAGE. LORTET. TESTUT. RENAUT. MORAT. TEISSIER. AUGAGNEUR. MAYET. TRIPIER. POLLOSSON (M.). ARLOING. LACASSAGNE. COURMONT (J.). SOULIER. FLORENCE.
Cliniques chirurgicales	{	
Cliniqueobstétricale et Accouchements.		
Clinique ophtalmologique		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		
Clinique des maladies mentales		
Clinique des maladies des enfants		
Physique médicale		
Chimie médicale et pharmaceutique		
Chimie organique et Toxicologie		
Matière médicale et Botanique		
Parasitologie		
Anatomie		
Anatomie générale et Histologie		
Physiologie		
Pathologie interne		
Pathologie externe		
Pathologie et Thérapeutique générales		
Anatomie pathologique		
Médecine opératoire.		
Médecine expérimentale et comparée		
Médecine légale		
Hygiène		
Thérapeutique		
Pharmacologie.		

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire. M. DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Accouchements.	FABRE, —
Matière médicale	MOREAU, —
Anatomie topographique	DURAND. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	SIRAUD.	BÉRARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.	NOVE-JOSSERAND	CHATIN	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. E. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BONDET, Président ; COLLET, Assesseur ;

MM. BOYER et PIC, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MES GRAND'MÈRES

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MA SŒUR

A TOUS LES MIENS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR BONDET

Arrivé au seuil de notre carrière médicale, nous avons le devoir d'adresser nos remerciements à ceux qui ont assumé la lourde charge de subvenir à notre vie d'étudiant.

Parmi ces bienfaiteurs la première place revient à nos grands parents qui n'ont reculé devant aucun sacrifice pour nous procurer un avenir honorable et une situation enviée.

L'un d'eux, hélas, n'est plus là pour assister au couronnement de son œuvre !

Nous saluons pieusement sa mémoire et l'assurons de notre éternel souvenir.

Que notre grand'mère, qui depuis longtemps nous encourage et nous soutient, reçoive ici l'expression de notre infinie gratitude pour toutes les bontés que nous lui devons.

A notre père, à notre mère, qui ont dirigé nos jeunes aspirations vers cette belle carrière qui s'ouvre aujourd'hui devant nous, nous adressons nos sincères remerciements et le témoignage de notre tendre affection.

AVANT-PROPOS

L'observation qui fait l'objet de cette thèse concerne un malade du service de M. le professeur Bondet qui succomba à une dothiéntérie. L'autopsie de ce malade présenta deux points qu'il nous a paru intéressant de rapporter, eu égard à leur rareté : lésions typhiques prédominant dans le gros intestin et deux abcès du lobe droit du foie. Ces lésions isolées ne sont pas fréquentes au cours de la dothiéntérie et leur association, ainsi que nous l'établirons, n'a été qu'une seule fois signalée.

Nous nous proposons dans les pages qui vont suivre, après avoir exposé et commenté l'observation clinique et le protocole d'autopsie, de faire une revue générale de ce que l'on sait sur la colotyphoïde et sur les abcès du foie au cours de la dothiéntérie en insistant particulièrement sur cette complication et en nous efforçant d'en dégager la pathogénie.

Auparavant, qu'il nous soit permis de remercier tous nos maîtres de la Faculté dont nous avons pu apprécier si souvent la science et le dévouement et dont nous saurons mettre en pratique les sages conseils.

Parmi eux, nous devons un hommage tout spécial de reconnaissance à M. le professeur Bondet pour le grand honneur qu'il nous fait aujourd'hui d'accepter la présidence de notre thèse,

M. le Dr Barjon, médecin des hôpitaux, nous a fourni des éléments précieux pour notre travail, nous l'en remercions bien vivement.

Que M. le Dr Piéry, chef de clinique médicale à la Faculté à qui nous devons le sujet de cette thèse et qui nous a guidé maintes fois à travers les difficultés de la clinique, reçoive ici nos sincères remerciements et l'expression de notre gratitude.

COLOTYPHOÏDE

ET

ABCÈS DU FOIE

CHAPITRE PREMIER

Voici l'observation clinique et le protocole d'autopsie du malade qui fait l'objet de notre thèse.

OBSERVATION I

(Communiquée par M. le professeur Bondet.)

Diagnostic et Résumé

Dothiénentérie (?) (Séro-diagnostic faiblement positif.)

Granulie (?) (Antécédents bacillaires et symptômes pulmonaires.)

Entérite gangréneuse: selles à odeur de gangrène, melæna.

AUTOPSIE: Colotyphus avec gangrène secondaire de quelques ulcérations.

Deux abcès aréolaires du foie.

Absence complète de tuberculose même ancienne aux sommets.

Œdème et congestion pulmonaires.

B.... Emile, trente-cinq ans, mouleur, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Augustin, le 7 mai 1904, pour de la fièvre et de la dysphagie datant d'une huitaine de jours.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Parents morts d'affections inconnues.

Deux frères et une sœur vivants et bien portants.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Aurait eu la fièvre typhoïde à sept ans.

A fait son service militaire à Sousse pendant trois ans sans maladies. Alcoolisme modéré depuis ; il boit environ deux absinthes par jour.

Marié sans enfants.

Pas de syphilis.

Fait usage de l'eau de la Compagnie.

Il y a six mois qu'il a vu sa santé décliner. Au début, il eut une affection diagnostiquée embarras gastrique qui le tint trois semaines au lit avec de la fièvre. Depuis ce moment il tousse sans interruption. Il se remit au travail au bout de ces trois semaines et il put exercer son métier jusqu'à il y a trois jours. En rentrant, le soir, de son travail, il se sentit mal entrain et faible. Sa toux augmenta, il prit mal au gosier et il dut s'aliter. Pas d'épistaxis, insomnie absolue depuis trois jours.

A l'entrée, le malade est très obnubilé, se rappelle et répond mal, présente un léger subdélire. Comme signes fonctionnels, il accuse de la céphalée, une toux fréquente, pénible et une dysphagie assez accentuée pour gêner beaucoup la déglutition de la salive,

Il faut parler un peu fort pour interroger le malade qui a un peu de surdité depuis le début de son affec-

tion. Au début, constipation qui, depuis quelques jours, a fait place à de la diarrhée.

A l'examen, faciès fébrile. On note sur la face, le cou, le sommet de la poitrine et le dos, une éruption en plaque sans piqueté, peu caractéristique, respectant les plis de flexion des membres. Dans le pharynx, rougeur diffuse et peu accentuée sans fausses membranes, ni dépôt blanc ; pas de ganglions sous-maxillaires.

La langue ressemble à une langue typhique, blanche au centre, rouge sur les bords et à la pointe. L'abdomen est un peu météorisé, légèrement douloureux dans la fosse iliaque droite. On y remarque une éruption de taches rosées lenticulaires assez confluentes.

Au poumon, pas de signes d'épanchement et, à l'auscultation, râles très confluent de bronchite, ne prédominant pas aux sommets qui ne semblent pas indurés. La respiration est très emphysémateuse avec une expiration extrêmement prolongée.

Le cœur, recouvert par le poumon, est très difficile à examiner ; on ne peut localiser la pointe ; les bruits sont réguliers et ne paraissent pas soufflants. Le pouls est assez rapide, à 108, de faible tension, non dicrote.

La matité splénique s'étend sur deux travers de doigts.

La température, prise toutes les trois heures, présente une courbe élevée avec de très petites oscillations entre 39° 4 et 40° 2.

8 mai. — On essaie de baigner le malade mais, après sept minutes d'un bain à 30 degrés, il prend une syncope qui oblige à suspendre la baignation,

10 mai. — Le malade a une dyspnée plus considérable, un peu de cyanose. L'expectoration est purulente et la toux fréquente. Il délire de temps à autre, Sueurs abondantes. Râles très nombreux avec diminution du murmure vésiculaire aux deux bases.

Le séro-diagnostic, pratiqué par M. P. Courmont, est douteux : agglutination complète à 1 pour 10, mais incomplète à 1 pour 30 et nulle à 1 pour 50.

11 mai. — L'état reste mauvais. La température toujours très élevée s'abaisse seulement sous l'influence de 0.40 de pyramidon en suppositoire, jusqu'à l'hypothermie (36.5). Dyspnée, cyanose, foyers de râles éclatants sous-crépitants à la base du poumon gauche avec emphysème très marqué. Rien du côté de l'abdomen.

14 mai. — Toujours même état. Pas de bacilles de Koch dans les crachats.

La température reste toujours élevée, dépasse souvent 40 degrés, sauf après le pyramidon. Le malade est couvert de sueurs. Emphysème très marqué. Râles humides avec deux bases avec gros frottements qu'on perçoit aisément à la main.

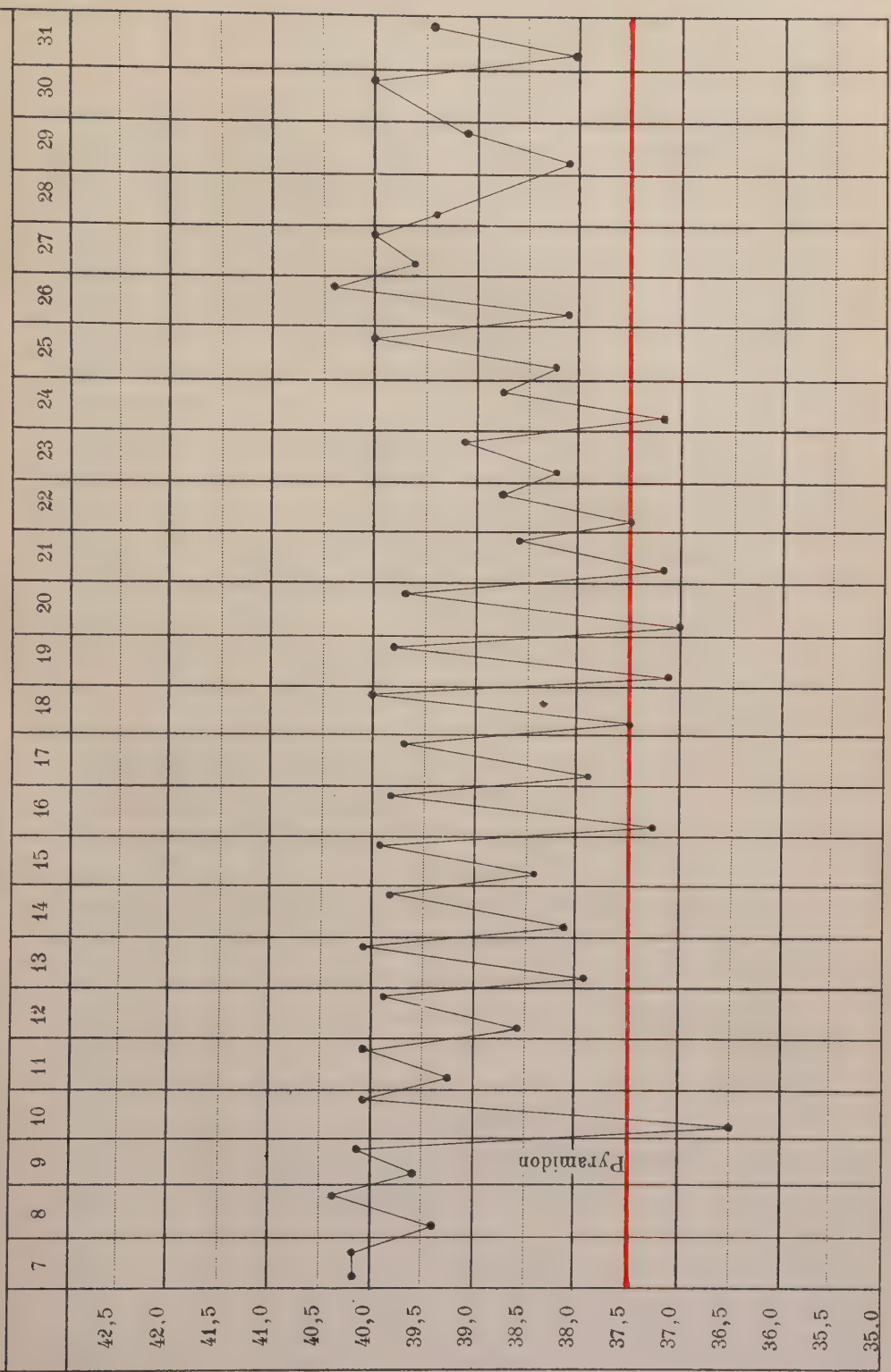
Respiration régulière à 32, sans crises de suffocation.

17 mai. — Le séro-diagnostic pratiqué de nouveau est devenu positif : agglutination complète à 1 pour 30, incomplète à 1 pour 50.

Ce matin le thermomètre était couvert de sang lorsqu'on l'a retiré. Pas de sang dans les selles. La température dépasse toujours 40 degrés le soir.

21 mai. — Diarrhée noirâtre, selles fréquentes, non sanglantes.

N° 1. Saint-Augustin. — E. B... Mai 1904



24 mai. — Les selles deviennent franchement méléniques, tandis que jusque-là le malade n'avait eu que des selles diarrhéiques, sans teinte bien caractéristique, qui avaient remplacé la constipation du début. En sus de leur teinte noire, ces selles présentent une fétidité atroce et rappellent tout à fait l'odeur de gangrène, de macération anatomique. Le malade va continuellement sous lui sans s'en apercevoir, malgré le bismuth et le laudanum.

28 mai. — L'état du malade empire ; il est abattu, sans délire violent. La diarrhée persiste. L'abdomen est fortement météorisé et on constate une légère ascite. Pas de points nettement douloureux. La langue est un peu blanche, mais humide et fraîche. Cyanose très marquée aux lèvres.

Du côté des poumons : toux persistante, crachats muco-purulents. A l'auscultation : énorme emphysème, râles très confluent à timbres variés. Légère submatité du sommet droit en arrière. Rien aux bases. Dans la fosse sus-épineuse droite, râles bulleux assez fixes ; de même au sommet droit en arrière et dans les creux sus-claviculaires où l'on a un peu la sensation de râles de ramollissement. Cœur régulier à 120 sans souffle, sans frottement, mais avec du rythme fœtal.

1^{er} juin. — Le malade succombe ayant toujours de selles involontaires, noires et très fétides. Autopsie vingt-huit heures après la mort pratiquée par M. le Dr Piéry, chef de Clinique.

Crâne : Le cerveau n'est pas examiné.

Thorax : A l'ouverture du thorax, symphyse pleurale gauche récente, à adhérence lâche ; pas de liquide du côté

opposé. Œdème et congestion de la moitié supérieure des deux poumons. On n'y trouve aucune trace de tuberculose. Pas d'épaississement de la plèvre, pas de tubercules crétacés aux sommets.

Cœur : Le péricarde contient une centaine de grammes de liquide citrin, mais il n'y a pas de fausses membranes, ni de dépoli de la séreuse.

Le cœur est petit, flasque, s'étale sur la table d'autopsie. Le muscle se laisse déchirer facilement et sa teinte se rapproche de la teinte feuille morte.

L'aorte est étroite, sans athérome.

Abdomen : A l'ouverture, il s'écoule environ 300 grammes de liquide citrin, mais pas de péritonite, pas de dépôt fibrineux sur les anses qui sont libres. Ce qui attire immédiatement l'attention, c'est la couleur de quelques anses grêles qui, par transparence à travers le péritoine, paraissent noirâtres.

Le tube digestif est enlevé dans sa totalité et ouvert.

Rien à noter à l'œsophage. L'estomac présente un piqueté hémorragique sous-muqueux irrégulièrement disséminé, sans ulcération.

Dans l'intestin, on tombe sur des ulcérations qui forment la lésion caractéristique et que nous allons décrire.

Ces ulcérations commencent dans la fin de l'iléon, occupent le cæcum, les côlons et la partie supérieure du rectum. Leur confluence est au maximum dans le cæcum et dans les côlons où elles arrivent par place à presque se toucher par leur périphérie, séparées seulement les unes des autres par une étroite bande de muqueuse. Elles sont situées sur le bord opposé à l'insertion mésentérique; elles sont, en gé-

néral, sensiblement arrondies et différent d'aspect suivant que l'on considère l'intestin grêle ou le gros intestin.

Sur l'iléon, les ulcérations ressemblent à celles d'une dothiéntérie en voie de cicatrisation ; elles sont arrondies ou légèrement ovalaires, à grand axe longitudinal. La perte de substance des plaques de Peyer est comblée par la prolifération de bourgeons charnus partis de la profondeur.

En s'approchant du gros intestin, les ulcérations deviennent plus profondes et c'est dans les côlons qu'elles ont leur maximum,

Le processus escarrifiant a atteint toutes les couches, sauf le péritoine qui forme à lui seul la tunique intestinale ; aussi, malgré les précautions prises on fait plusieurs perforations artificielles en enlevant et en ouvrant le tube digestif.

Les ulcérations ont environ la largeur d'une pièce de 50 centimes ; par conséquent elles dépassent beaucoup les dimensions des follicules clos. Leur centre a un aspect gangréneux et présente une sorte de bourbillon noirâtre sphacélé représentant la sous-muqueuse et la musculieuse car, en enlevant ce bourbillon on tombe directement sur la séreuse péritonéale.

Leur forme est, en général, arrondie ou ovalaire et la confluence de quelques-uns leur donne un aspect polycyclique. Elles s'étendent jusque dans la première partie du rectum.

Rien à noter à l'appendice.

L'ouverture du foie ménageait une surprise. On tombe, en effet, par une section au couteau, sur deux

abcès d'aspect aréolaire, gros chacun comme une petite noix, voisins l'un de l'autre, occupant la partie superficielle du lobe droit, près de sa face supérieure et contenant un pus crémeux, épais, non fétide. Le reste du parenchyme est seulement gras.

Le vésicule et la veine porte ne contiennent pas de pus.

Les reins sont légèrement décolorés, se décapsulent bien.

Rate modérément hypertrophiée, diffluite.

La lecture de cette observation comporte quelques commentaires.

On peut diviser l'histoire de ce malade en deux périodes assez distinctes. La première période comprend les dix premiers jours de la maladie. Ce sont alors les symptômes pulmonaires qui dominent bien plus que le syndrome abdominal.

Nous n'insisterons pas sur l'angine et l'érythème du début qui avaient fait penser tout d'abord à la possibilité d'une scarlatine. L'attention est surtout attirée du côté de l'état pulmonaire menaçant qui oblige à suspendre la balnéation.

Les signes physiques constatés du côté des poumons n'expliquent pas complètement les symptômes fonctionnels que l'on observe : dyspnée, cyanose, sueurs abondantes. Pas de bacilles de Koch dans les crachats. L'hypothèse d'une granulie est agitée. Le séro-diagnostic, douteux au début, ne permet pas d'affirmer la dothiéntérie. En un mot, le diagnostic reste incertain pendant les premiers jours.

La deuxième période s'étend du dixième au vingt-

cinquième jour de la maladie. Le tableau change, l'état pulmonaire, sans jamais disparaître, passe au second plan; le syndrome abdominal devient prépondérant. Le séro-diagnostic est devenu faiblement positif. Pourtant, la diarrhée fétide et profuse ainsi que les mélæna, que présente le malade rendent difficile le diagnostic de dothiéntérie. M. le professeur Bondet pense à un processus ulcéro-gangréneux du gros intestin en se basant précisément sur l'existence de selles involontaires, très fétides et contenant du sang.

Quoi qu'il en soit, si le diagnostic pendant la vie n'avait pas été fait de façon ferme en faveur de la fièvre typhoïde à cause des symptômes et des antécédents pulmonaires du malade et du séro-diagnostic tardivement et faiblement positif, à l'autopsie il devenait certain que l'on se trouvait en présence d'une dothiéntérie à lésions prédominantes, dans les côlons à une colotyphoïde¹ telle que Devic et Roux l'ont définie. En effet, l'intestin grêle ne présente plus que des ulcérations cicatrisées ou en voie de cicatrisation, et plus l'on avance le long du gros intestin, plus les lésions deviennent profondes et confluentes. De plus, ce n'est pas au niveau du cæcum qu'elles sont le plus abondantes, comme on le voit souvent, mais bien au niveau des côlons et jusque dans la première partie du rectum.

Enfin, autre particularité intéressante et dont la coexistence n'est signalée qu'une fois, on rencontre

¹ Devic et Roux, Etude d'un cas de colotyphus (*Prov. méd.*, 1895.)

dans le foie deux petits abcès aréolaires qui n'ont donné lieu pendant la vie à aucun symptôme révélateur.

Après avoir étudié sommairement le colotyphoïde, nous exposerons ce que l'on sait, à l'heure actuelle, des abcès du foie au cours de la dothiéntérie, et nous verrons les considérations auxquelles donne lieu l'association du colotyphus et de la suppuration hépatique que nous avons rencontrée chez notre malade.

CHAPITRE II

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA COLOTYPHOÏDE

Avant d'entreprendre à grands traits l'étude de la colotyphoïde, il nous paraît indispensable de définir ce que l'on doit comprendre sous ce nom. Avec Devic et Roux, nous n'aurons en vue que les ulcérations typhiques siégeant sur les diverses portions du colon. Nous ne parlons pas de celles qui occupent le cæcum et l'appendice, lesquelles sont fréquentes et bien connues. De plus, « physiologiquement, sinon anatomiquement, le cæcum doit être séparé du reste du gros intestin¹ ». Il faut savoir, en outre, que dans le gros intestin des typhiques on peut trouver des altérations indépendantes de la fièvre typhoïde, dues à la colite catarrhale comme dans dix-sept observations de Leudet et dans l'observation présentée par Cornil en 1872 à la Société médicale des Hôpitaux. On peut y rencontrer aussi à titre de coïncidence des ulcérations tuberculeuses ainsi qu'en témoigne l'observation XI de la thèse de Dodero² ou même de la colite pseudo-membraneuse.

¹ Devic et Roux, *loc. cit.*

² Dodero, thèse Lyon 1895.

Dès lors, les cas de lésions manifestement typhiques du gros intestin sont relativement rares. Ce dernier est certainement moins souvent altéré que ne l'enseignent les statistiques. (Hanot.)

Hoffmann, sur 233 autopsies, a rencontré 94 cas de lésions du gros intestin réparties comme suit :

47	fois	lésions	limitées	à l'appendice	et au cæcum
34	—	—	—	au côlon	ascendant
7	—	—	—	—	transverse
4	—	—	—	—	descendant
2	—	—	—	au rectum.	

Griesinger les a rencontrées 40 fois sur 100 autopsies de typhiques.

Chomel dit les avoir constatées environ dans le tiers des cas, Leudet 60 fois sur 850 autopsies. On voit par cette seule énumération combien la proportion varie avec les observateurs ; cela tient sans doute à ce que l'on a rapporté à la dothiéntérie des lésions qui ne lui appartenaient pas.

Certains auteurs, au contraire, ont nié la spécificité des lésions du gros intestin dans la fièvre typhoïde. Cornil¹, entre autres, soutient que ces lésions sont dues au catarrhe gastro-intestinal. Hérard, Bucquoy et Brouardel, s'appuyant sur des examens histologiques, combattent cette opinion.

Aujourd'hui on admet que les ulcérations du gros intestin dans la dothiéntérie se produisent par le même mécanisme que celles de l'intestin grêle. Leur

¹ Cornil, *Soc. méd. des Hôp.*, 1872.

siège est sur les follicules clos. Mercier¹ rapporte dix observations caractéristiques de colotyphoïde. Depuis lors, on connaît l'observation de MM. Devic et Roux à laquelle nous avons fait allusion précédemment, la thèse de Henriot² qui contient six cas lyonnais. Auparavant, en 1893, à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, Laveran réunit trois cas de colotyphus.

Disons d'abord quelques mots de l'ANATOMIE PATHOLOGIQUE de la colotyphoïde. Elle ne diffère pas de celle de la dothiéntérie vulgaire.

Les lésions portent à la fois sur les plaques de Peyer et sur les follicules isolés. Les plaques de Peyer sont localisées exclusivement au niveau de l'appendice. Celui-ci est fréquemment le siège d'ulcérations aboutissant à la perforation.

Quant aux lésions des follicules isolés, elles peuvent exister depuis le cæcum jusqu'au rectum. C'est sur le cæcum qu'elles prédominent. Comme pour les plaques de Peyer, de l'intestin grêle, on observe à l'autopsie toutes les phases du processus dothiéntérique : d'abord infiltration des follicules qui apparaissent sous forme de papules saillantes, arrondies, puis, si l'ulcération doit se produire, les papules grossissent, peuvent atteindre le volume d'un pois ; elles s'ombiliquent alors comme une pustule variolique ; leur sommet se perfore et donne naissance à un bourbillon de matière blanchâtre.

¹ Mercier. *Etude sur f. typh. avec lésions prédominantes sur le gros intestin* (th. Paris 1888).

² Henriot, *Diagnostic et pronost. de la dothiën. avec lés. préd. sur le gros intestin* (th. Lyon 1895).

L'ulcération est alors constituée, elle est circulaire ; ses bords sont nets, son fond est creusé en godets. Quelquefois, comme dans le cas qui nous occupe, plusieurs follicules se réunissent après élimination de leur contenu et on a des ulcérations irrégulières à contours festonnés et polycycliques. La troisième phase est celle de la réparation : on a comme dans l'intestin grêle une petite cicatrice souple à bords légèrement froncés, à pigmentation variable.

L'aspect des lésions ne varie pas quand la colotyphoïde est secondaire, c'est-à-dire accompagne une rechute. Seulement on s'aperçoit aisément que lesdites lésions ne sont pas du même âge que celles de l'intestin grêle. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que l'on trouve d'ordinaire des lésions à toutes les phases. Il existe à la fois dans un même intestin des follicules infiltrés, ulcérés et cicatrisés. Certains peuvent même être perforés, ce qui n'est pas rare, au cours de la colotyphoïde.

Mercier, le premier, dans sa thèse, puis Henriot ont exposé à l'aide de quels signes on pouvait arriver au diagnostic.

Ces signes sont au nombre de trois : la diarrhée, le météorisme et la douleur localisés sur le trajet du côlon. Nous allons dire quelques mots de chacun d'eux :

La *diarrhée* se caractérise à la fois par son abondance, sa ténacité et sa fétidité.

« La diarrhée, dit Hallopeau, est un des symptômes des affections ulcéreuses de l'intestin. » Elle semble due à l'exagération des réflexes sous l'influence de

l'irritation que provoque le contact des matières fécales avec la surface dénudée. Les lésions typiques du gros intestin, lésions irritatives et destructives sont donc aptes à produire de la diarrhée. Ce n'est cependant pas l'opinion de tous les auteurs : Louis, à part les cas où il y a à la fois des douleurs dans la direction du côlon transverse, des épreintes et des selles extrêmement fréquentes, ne croit pas que la diarrhée ait son siège non pas exclusivement dans le gros intestin, mais même dans une de ses parties.

Audral de son côté écrit : « Il nous a paru qu'il suffisait, pour qu'il y eût dévoiement, que la fin de l'intestin grêle fût altérée d'une manière quelconque. » Monneret et Fleury cités par Leudet pensent que « lorsqu'un sujet meurt épuisé par un dévoiement intense qui se déclare après le vingtième jour ou plus tard encore, lorsque la convalescence est déjà établie, il faut incriminer l'ulcération du gros intestin et des plaques de Peyer. » Hutinel, dans son *Etude sur la convalescence et les rechutes de la fièvre typhoïde*, s'exprime ainsi : « Quelquefois la diarrhée prend le caractère dysentérique, elle est due alors à de nombreuses et graves lésions du gros intestin, sur lesquels ont insisté Griesinger et Liebermeister. » Guéneau de Mussy est du même avis. Henriot, dans sa thèse rapporte six observations où ce signe a été noté avec une grande netteté, de même, dans l'observation de Devic et Roux. Par contre, Laveran sur trois malades où l'autopsie lui a révélé l'existence de colotyphoïde, n'a pas constaté de diarrhée très abondante. De même dans les cas de MM. Rendu et Hanot.

Cette diarrhée conserve d'ordinaire les caractères physiques des selles typhiques, mais elle peut, comme chez notre malade, contenir du sang. En ce qui concerne ce dernier, nous avons noté une diarrhée profuse, inconsciente et fétide pendant toute la seconde moitié de sa maladie.

Le *météorisme* ne semble pas avoir une valeur diagnostique aussi grande, car on le trouve dans la dothérientérie ordinaire. Son siège seul peut faire penser à une localisation sur le gros intestin. Guéneau de Mussy et Homolle insistent sur ce symptôme qu'ils ont presque toujours rencontré. Devic et Roux disent que « habituellement le météorisme disparaît rapidement chez les malades baignés et que sa persistance doit éveiller l'attention ». Pourtant, ces auteurs ne lui reconnaissent une valeur diagnostique que « lorsqu'il dessine un fer à cheval ou se localise à l'épigastre sur le trajet du côlon transverse ». Laveran insiste sur le météorisme de la région abdominale supérieure. « Quand il existe chez les malades atteints de fièvre typhoïde, il doit être interprété comme un signe d'une localisation importante des lésions anatomiques sur le gros intestin. » Henriot ne l'a pas noté de façon bien nette dans ses six observations. Il en est de même en ce qui nous concerne.

Quant à la *douleur abdominale*, il faut toujours la rechercher. En effet, d'ordinaire le typhique ne souffre pas au niveau de l'abdomen, sauf au début où des douleurs légères et passagères sont assez fréquentes. Il n'en est plus ainsi quand la douleur survient plus tard.

Il faut songer dans ce cas, soit à la péritonite, soit aux ulcérations du gros intestin. Comment distinguer ces deux phénomènes ?

Quand il s'agit d'une péritonite suraiguë, il existe un tel cortège symptomatique concomitant que le diagnostic en est facile. C'est dans le cas où les accidents péritonéaux sont peu graves que la confusion est possible avec le colotyphus. Pourtant, il faut se rappeler que les douleurs de la péritonite sont, en général, plus diffuses et s'accompagnent le plus souvent de vomissements. Il faut toujours avoir soin de rechercher cette douleur méthodiquement à l'encontre des deux symptômes précédents. Il peut parfaitement se faire, en effet, que le malade n'accuse aucune souffrance spontanée. Si l'on a soin de déprimer la paroi abdominale sur tout le trajet du gros intestin, on provoquera en certains points une douleur vive analogue à celle qui serait produite au contact d'une plaie. Louis, Audral, Leudet ne signalent pas ce symptôme. Homolle écrit à ce sujet : « Si la sensibilité à la pression s'étend parfois à toute la région du côlon ou plus particulièrement à la fosse iliaque gauche, on devra penser, soit à une accumulation de matières fécales, ce qui est le cas le plus fréquent, soit à des lésions étendues du gros intestin. » Henriot a noté ce signe dans ses six observations, de même Devic et Roux. Quant à nous, nous ne l'avons pas observé.

Enfin, ce qui frappe à la lecture de tous les cas de colotyphoïde, ce sont les signes d'un affaiblissement progressif des malades : amaigrissement, altération de la face, pâleur caractéristique.

Le malade tombe dans un état adynamique profond. « Très rares sont les cas où il garde sa lucidité d'intelligence pendant le cours de cette affection. »

Nous avons vu que le nôtre n'a pas fait exception à la règle.

Il faut bien savoir, néanmoins, que les trois symptômes cardinaux dont nous venons de parler se rencontrent rarement réunis. Bien plus, ils peuvent tous faire défaut, et c'est à l'autopsie que l'on reconnaît la lésion. Le diagnostic est donc des plus difficiles. Meunier et Devic prétendent même qu'il est impossible.

L'étiologie est de même tout aussi vague; on a incriminé les écarts de régime. Griesinger, Bucquoy, Meunier et Devic pensent que la colotyphoïde est spéciale aux rechutes, sans doute, parce que le plus souvent les ulcérations de l'intestin grêle sont cicatrisées, quand surviennent celles du gros intestin. Cette interprétation ne nous semble pas fondée : les rechutes se produisent très souvent en l'absence de toute lésion du gros intestin; de plus, le colotypus est toujours très grave, tandis que les rechutes de la fièvre typhoïde sont bénignes en général. Peut-être vaut-il mieux incriminer l'état antérieur du gros intestin. Devic croit qu'un malade ayant pour une cause ou pour une autre de la diarrhée aura plus de chances de faire des ulcérations sur son gros intestin s'il vient à contracter la fièvre typhoïde. Tripiet et Bouveret¹ disent que dans les cas

¹ Tripiet et Bouveret, *La fièvre typhoïde traitée par les bains froids*,

de persistance du flux diarrhéique, malgré la balnéation « outre les ulcérations caractéristiques de l'intestin grêle, ils ont trouvé le gros intestin criblé d'ulcérations typhoïdiques ».

La dysenterie, la tuberculose peuvent préparer le terrain et créer un lieu de moindre résistance où l'infection se localisera de préférence. Ce ne sont là, il est vrai, que des hypothèses, que des faits ultérieurs démontreront peut-être.

On voit, par ce bref exposé, combien il existe encore d'obscurités dans l'étude de la colotyphoïde. Il n'est pas jusqu'aux COMPLICATIONS qui ne soient elles-mêmes très difficiles à dépister, ainsi que nous le verrons à propos des abcès du foie. Ceux-ci ne constituent pas le seul point noir.

En effet, le malade atteint de colotyphus est exposé aux hémorragies et surtout à la perforation intestinale.

On a constaté dans chacun des cas de colotyphoïde connu, que les ulcérations se distinguaient par leur confluence, leur profondeur et leur ténacité à l'inverse de ce qui a lieu pour l'intestin grêle. Dès lors, l'*hémorragie* et la *perforation* seront fréquentes.

Cette dernière constitue même la terminaison habituelle de la maladie (Betke-Nacke.). Ce qui caractérise cliniquement cette perforation, c'est la rareté des signes qu'elle provoque.

Elle s'installe sournoisement et ne donne pas naissance au tableau dramatique qui caractérise la perforation de l'intestin grêle. Elle apparaît chez des gens très abattus, aussi est-elle moins bruyante. On note quel-

quefois du tympanisme exagéré, l'absence de selles, le facies grippé et une légère aggravation de l'état général. Bien plus, en raison du peu de mobilité du gros intestin, le contenu de ce dernier a moins de tendance à envahir toute la cavité péritonéale et le processus peut, plus aisément, se limiter par des adhérences. Néanmoins, ainsi que nous le disions plus haut, c'est une complication le plus souvent mortelle du colotypus.

Le pronostic de cette affection est donc d'une extrême gravité; la thérapeutique est le plus souvent impuissante à enrayer l'évolution du mal qui emporte toujours celui qui en est atteint.

CHAPITRE III

LES ABCÈS DU FOIE AU COURS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Cette étude que nous ferons très succincte servira de préambule à la question de la colotypoïde avec abcès du foie que nous avons plus spécialement en vue dans cette thèse.

Nous allons donc passer successivement en revue ce que l'on sait sur l'étiologie, l'anatomie pathologique et la symptomatologie des abcès du foie au cours de la dothiéntenterie.

Etiologie.

La question a donné lieu à plusieurs travaux résumés dans la thèse récente de Cassuto¹.

La première observation date de 1841 ; elle est due à Louis² (Obs. XVII) : « Le foie présentait à 30 ou 40 millimètres de son bord libre, dans une superficie de 60 centimètres une tumeur de même étendue formée par un pus jaunâtre, de peu de consistance, inodore, contenu dans une sorte de tissu aréolaire, d'une couleur plus pâle. »

¹ Cassuto, *Abcès du foie d'origine typhoïdique* (th. Paris, 1900).

² Louis, *loc. cit.*

Grisolle, ¹ Andral ², Tardieu signalent aussi la formation d'abcès au milieu du parenchyme hépatique. Guéneau de Mussy ³ écrivait en 1877 : « Comme d'autres organes, le foie, pendant le cours de la dothiéntérie peut devenir le siège d'un travail suppuratif et l'on y a observé des abcès multiples imputables à la pyémie ou à la résorption de liquides septiques, quelquefois de petits abcès miliars. » En Allemagne, dès 1860, Wagner signala concurremment avec la dégénération des cellules hépatiques la présence entre les travées cellulaires de petits corpuscules mous, grisâtres, sortes d'abcès miliars, dont la confluence est souvent remarquable. Plus récemment, en 1890, Romberg ⁴, assistant à la clinique médicale de Leipsig, réunit 19 cas d'abcès du foie, dont 10 reconnaissaient, d'une façon certaine, l'origine typhique. Pour donner une idée de la rareté de ces abcès, cet auteur sur une statistique de 667 dothiéntériques soignés à Leipsig, avec 88 décès, ne relève qu'un seul cas. Il cite également une statistique de Schultz où, sur 3686 cas, avec 362 décès, il n'y a pas un seul cas d'abcès. Il est vrai que Dopfer, sur 627 autopsies, prétend avoir noté dix fois cette complication. Il est regrettable que ces cas n'aient pas d'histoire clinique.

A côté des auteurs nommés plus haut, il faut citer

¹ Grisolle, *Traité de path. int.*

² Andral, *Clin. médicale.*

³ G. de Mussy, *Recherche sur la fièvre typh.*

⁴ Romberg, *Berliner klinische Wochenschrift*, 3 mars 1890, p. 192-197.

Bokai¹, Lannois² qui, le premier, constata dans le pus la présence du bacille d'Eberth, Remlinger³, James Swain qui rapporte un cas d'abcès unique, à bacille d'Eberth, opéré avec succès. Gervais⁴, Legrand⁵, Boulloche et Cassuto⁶.

Ce dernier, dans sa thèse, rassemble tous les cas connus et arrive au chiffre de 27. Le nôtre serait le 28^e et, sur ce nombre, 2 fois seulement il y eu coïncidence avec le colotypus. Tout récemment, M. Guinard⁷ a publié un nouveau cas de fièvre typhoïde avec abcès du foie, dont le pus examiné contenait du bacille d'Eberth.

« On peut être étonné, dit Hutinel, dans sa thèse de concours de 1883 de la rareté des inflammations de foie consécutives à la fièvre typhoïde, quand on songe à la constance presque absolue des besoins qu'il présente à la période d'état et aux connexions vasculaires qu'il affecte avec l'intestin malade. »

Depuis longtemps, en effet, on sait que le foie est altéré dans la plupart des maladies infectieuses, Husson, dès 1835, Louis Sauter ont les premiers insisté sur ce fait. Roger⁸, plus récemment, a démontré que le foie

¹ Bokai, Abcès du foie dans la fièvre typh. (*Union médic.*, 1882).

² Lannois, Pylephlébite et abcès du foie (*Rev méd.*, 1895.)

³ Remlinger. Grand abcès du foie, d'origine typhique (*Méd. mod.*, mars 1897).

⁴ Gervais, th. Paris, 1887.

⁵ Legrand, *Arch. de Méd. navale*, 1891.

⁶ Cassuto, *Loc. cit.*

⁷ Guinard, *Presse médicale*, 29 juin 1904.

⁸ Roger, De la fièvre typh. à forme hépatique, *Presse médicale*, Paris, 1900).

est constamment lésé dans la fièvre typhoïde. Dans certains cas, ses altérations sont si marquées que le tableau clinique de cette maladie se trouve grandement modifié. Au sujet des rapports qui unissent le foie et l'intestin, le professeur J. Teissier¹ s'exprime ainsi: « L'embryogénie et l'anatomie comparée s'accordent à démontrer que le foie est un diverticulum de l'intestin. Si l'on joint à cette considération les étroites relations nerveuses, vasculaires, sécrétoires, qui rattachent l'un à l'autre ces deux organes, dont l'un, organe creux et constamment balayé par les produits de sécrétion de l'autre, organe glandulaire, on se persuadera facilement que les troubles fonctionnels de l'un doivent fatalement retentir sur la vitalité de l'autre. L'intestin peut impressionner le foie suivant un triple mécanisme : par ses vaisseaux (circulation porte) par les conduits d'excrétion glandulaire qui s'y déversent (système biliaire), par ses nerfs. Cette dernière modalité est loin d'être dénuée d'intérêt, de même que les phénomènes réflexes (vaso-moteurs ou sécrétoires) qui résultent des différents modes d'excitations portés à la surface de la muqueuse intestinale. On sait, depuis Harley, que toute excitation de cette muqueuse est, en effet, susceptible de provoquer de la glycosurie, très vraisemblablement par la mise en jeu de ses nerfs glyco-sécréteurs signalés par Morat et Dufourt. C'est, en tous cas, par la voie biliaire et par la voie portale que se font les réactions les plus importantes... »

On peut se demander s'il existe des conditions qui

¹ J. Teissier, Rapport au Congrès de Bordeaux 1895.

favorisent la production de l'abcès du foie au cours de la dothiéntérie. A l'état normal, la glande hépatique est un excellent moyen de défense de l'organisme contre toutes les substances de déchet de la vie cellulaire, du travail de la digestion, des putréfactions intestinales. Lorsque les fonctions physiologiques s'accomplissent régulièrement, le foie, s'il n'est point touché par des lésions antérieures qui l'ont frappé dans sa constitution remplit son rôle à merveille et transforme ou détruit les poisons élaborés chaque jour, mais, en cas de fièvre typhoïde aux causes d'intoxications sus-énoncées s'ajoutent celles qui proviennent des poisons microbiens, de la transformation imparfaite des substances toxiques, de leur élimination incomplète par les émonctoires devenus insuffisants. Si cet assaut pathologique est trop énergique, la victoire reste aux ennemis du foie affaibli par sa perte en glycogène et par l'hypochole. Dastre nous a appris, en effet, que l'hyperthermie et l'inanition qui se rencontrent au cours de la fièvre typhoïde diminuent la quantité de glycogène produit par le foie et que corrélativement, la quantité de bile sécrétée s'abaisse. Si donc, le foie protège l'organisme, c'est aux dépens de sa propre défense car il présente une résistance d'autant moindre que l'infection est plus forte.

A ces causes dépendant de la dothiéntérie, il faut ajouter celles qui relèvent de l'état du sujet sur lequel elle évolue. La lithiase biliaire, la cirrhose, le kyste hydatique, l'appendicite paratyphoïde (Lannois), le séjour aux pays chauds, en créant un *locus minoris resistentie*, favorisent les complications hépatiques. En ce qui concerne le séjour aux pays chauds, nous devons

à la vérité de reconnaître que, sur les 27 cas d'hépatite suppurée au cours de la fièvre typhoïde relatés dans la thèse de Cassuto, 15 se sont produits dans les pays chauds ou chez des individus y ayant séjourné quelque temps. Notre malade ne fait pas exception à cette règle. Legrand¹, sur 133 cas d'hépatite observés en Nouvelle-Calédonie, relève 6 cas d'origine typhique. Aussi, M. le professeur Tripier² a-t-il pu dire avec raison, au cours de la discussion de notre observation à la Société médicale des hôpitaux, qu'« il est difficile d'attribuer uniquement aux lésions intestinales typhiques l'origine de l'abcès du foie trouvé à l'autopsie. » Nous reviendrons sur cette constatation en étudiant la pathogénie.

Il n'y a pas lieu de tenir compte, au point de vue étiologique, de l'âge du sujet : les enfants comme les adultes peuvent être atteints. Il en est de même en ce qui concerne les écarts de régime et la forme de la dothiéntérie, qu'elle soit grave ou bénigne.

Anatomie pathologique.

Les abcès du foie, à la suite de la dothiéntérie, peuvent être uniques ou multiples³.

a) **Abcès uniques.** — Leur aspect rappelle celui des grands abcès d'origine dysentérique. Leurs dimensions varient de celles d'une grosse orange à celles d'une

¹ Legrand, *loc. cit.*

² *Lyon médical*, Un cas de colotyphe. avec abcès du foie, 26 juin 1904.

³ Legrand, *loc. cit.*

tête de fœtus. Ils peuvent siéger dans l'un ou l'autre lobe du foie. Leur contenu est un pus en général brunâtre ou jaune verdâtre et n'est pas toujours fétide.

b) **Abcès multiples.** — Ils présentent tous les caractères des abcès métastatiques développés au cours de n'importe quelle autre maladie infectieuse. Leurs dimensions varient de celles d'une lentille à celles d'une noisette. Ils peuvent se réunir et former ainsi une ou plusieurs collections assez volumineuses dont les parois irrégulières décèlent l'origine.

D'ordinaire, ils affectent la forme aérolaire et leur contenu est un pus fétide à caractère plus ou moins gangréneux. Les lésions de pyléphlébite coexistent fréquemment.

Symptomatologie. — Terminalison.

Il n'y a pas grand' chose à dire des abcès métastatiques compliquant la fièvre typhoïde qui passent le plus souvent inaperçus. On peut noter, cependant, deux ordres de symptômes.

Tout d'abord, en général, vers le quatrième ou le cinquième septenaire, surviennent brusquement des signes de pyémie puis la localisation hépatique se précise : le foie devient gros, douloureux, et on observe de l'ictère. L'état général devient de plus en plus adynamique et le malade meurt comme un septicémique. C'est l'infection purulente avec son pronostic si grave et la même inefficacité du traitement.

La seconde modalité est beaucoup moins grave et, diagnostiquée de bonne heure, peut être, dans certains

cas, compatible avec la guérison si l'on intervient chirurgicalement. L'époque d'apparition des symptômes est la même que précédemment (4^e ou 5^e septenaire).

Peu ou pas de prodromes. Frisson brusque, la température s'élève rapidement à 39 et 40 degrés et présente de grandes oscillations. L'état général est grave. Quelquefois on note une douleur atroce, étendue à tout l'abdomen qui peut faire croire à une péritonite par perforation. L'ictère est plus fréquent que dans les cas d'abcès unique. Il peut survenir dès le début et augmenter progressivement. Ces phénomènes durent quatre ou cinq jours, après quoi la localisation hépatique apparaît avec plus de netteté. C'est la période d'état. La douleur se fixe à l'hypocondre droit, elle est accusée par le malade au niveau des derniers cartilages costaux ou en arrière, au-dessous de l'épine de l'omoplate. On trouve là souvent de la matité absolue et de l'égophonie. Le malade est très abattu, son pouls est à 120. La fièvre présente son maximum le soir, elle est quelquefois précédée de frissons,

On n'observe comme signes physiques locaux que la douleur du foie à la percussion et son augmentation de volume. La voussure dans l'hypocondre droit est loin d'être constante.

Quant à la terminaison de ces abcès, c'est la mort dans tous les cas d'abcès multiples, le malade succombe alors dans le marasme hectique une à cinq semaines après le début des accidents. Il peut en être de même dans le cas de gros abcès unique. Celui-ci aussi peut s'ouvrir dans un organe voisin : on a noté l'ouverture dans le péritoine, dans l'intestin et les organes thoraciques.

CHAPITRE IV

L'ABCÈS DU FOIE AU COURS DE LA COLOTYPHOÏDE

Parmi les complications possibles du colotypus nous avons cité l'abcès du foie. Nous devons dire de suite que c'est là une complication excessivement rare. Il n'existe à notre connaissance, dans la littérature, qu'un seul cas comparable au nôtre, c'est celui de Sorel¹ publié dans l'*Union médicale* de l'année 1882. Nous croyons intéressant de reproduire en entier l'observation qui concerne ce cas afin de permettre le rapprochement avec le nôtre.

OBSERVATION II

*Fièvre typhoïde, ulcération de follicules clos
du gros intestin, abcès du foie, péritonite.*

L... Jean, âgé de vingt-trois ans, incorporé après un ajournement d'une année pour faiblesse de constitution au 34^e de ligne, dans sa première année de service,

¹ Sorel, Fièvre typhoïde, ulcérations des follicules du gros intestin, abcès du foie, péritonite (*Union méd.*, 1882, p. 520, XXIII).

en Algérie depuis moins de quatre mois, entre à l'hôpital de Sétif le 16 juillet 1882 au huitième jour d'une fièvre typhoïde qui présente les allures les plus bénignes.

Il existe quelques taches rosées, le ventre est ballonné et l'état fébrile sous l'influence de la médication quinino-salicylée reste très modéré.

21 juillet. — Le malade se plaint d'un point de côté au niveau de l'hypocondre droit; calmé par l'application de ventouses sèches, il reparaît le 24 et cède à une injection morphinée, mais bientôt la douleur devient sourde, continue et la pression au niveau du creux épigastrique est pénible. Cependant le foie ne présente aucun volume anormal et c'est à peine s'il existe un peu de congestion à la base du poumon. Les selles diarrhéiques sont aisément modifiées par l'opium et la poudre de charbon chaque fois qu'elles sont trop copieuses.

28 juillet. — Au vingtième jour de la maladie apparaissent des oscillations fébriles intermittentes, qui s'accusent surtout à partir du 2 août.

5 au 13 août. — On constate de la pharyngite. Même état local, quant à la douleur assez peu accusée et aux symptômes physiques.

18 août. — Péritonite subaiguë sans réaction; absence de vomissements; le ventre ballonné est peu sensible à la pression. Le pouls reste bon et la température s'abaisse.

21 août. — Le pouls devient petit, fuyant, la température remonte et le malade succombe, ayant toute sa connaissance, le 22 août au quarante-cinquième jour de la maladie totale.

Dans les derniers jours, sans que je puisse préciser l'époque de l'apparition, le malade n'ayant pas attiré l'attention de ce côté, il s'était produit un gonflement oedémateux, indolore, du membre inférieur droit.

AUTOPSIE. — Le cerveau n'est pas examiné.

Thorax. — Les poumons sont sains : congestion généralisée mais plus marquée aux bases et dans les portions déclives où elle est surtout passive,

Le cœur ne présente aucune altération d'orifices ; le muscle cardiaque est ferme. Epanchement séreux ultime dans le péricarde.

Abdomen. — Estomac : Taches ecchymotiques siégeant sur la muqueuse, au-dessous du cardia. Ganglions mésentériques saillants, un peu augmentés de volume.

Intestin grêle : deux plaques, barbe rasée vers l'union du jéjunum et de l'iléon, puis en descendant, on trouve les plaques de Peyer peu saillantes mais absolument noirs, en d'autant plus grand nombre qu'on approche de la valvule iléo-cæcale. Au voisinage de la valvule les follicules présentent la même coloration et, mêlés aux plaques, donnent à la muqueuse, du reste saine, un aspect tigré. Les bords de la valvule sont ardoisés.

Gros intestin : La muqueuse dans toute son étendue est légèrement tuméfiée sans trace d'érosion ou d'exfoliation, sa coloration est grisâtre. Les follicules clos depuis le commencement du cæcum jusqu'à l'origine du rectum sont dilatés en nombre très considérable, indurés et pour la plupart ulcérés à leur surface. Ils font saillie comme un pois et ont un aspect pustuleux. En certains points du cæcum, l'infiltration

typhoïdique s'étend au tissu sous-muqueux. Les reins sont sains.

La rate, un peu augmentée de volume, est assez consistante et présente des traces de périsplénite récente sur sa face interne.

Foie : Son volume est presque au-dessous de la normale, bien que le lobe gauche soit très développé. Il pèse 1 kg. 500. Le lobe droit présente à sa face convexe un infarctus hémorragique superficiel sans ramollissement et de peu d'étendue.

Au lobe gauche relativement très développé existe sur la face convexe qu'il occupe presque en entier, respectant toutefois une zone au voisinage des bords et situé superficiellement, un abcès du volume d'une grosse orange. Sa paroi supérieure mince, est réduite en certains points au revêtement péritonéal et à l'enveloppe propre. Son contenu est séro-purulent. Le pus, sous forme de grumeaux, est plus abondant dans les parties déclives. L'abcès a contracté des adhérences peu solides avec la face inférieure du diaphragme, ainsi qu'avec la face postérieure de la dernière pièce du sternum et l'origine des cartilages costaux de droite qui le recouvrent entièrement et en rendent la palpation impossible.

On ne trouve rien de particulier dans les principales divisions de la veine porte. La vésicule biliaire, petite, renferme de la bile jaune; des arborisations vasculaires sont développées à sa surface externe.

La paroi de l'abcès est en effet l'origine d'une péritonite subaiguë qui, se propageant par le flanc du côté droit, gagne le petit bassin où il existe du liquide

séro-purulent. Le péritoine pariétal est injecté dans sa portion sous-ombilicale et d'une manière plus accusée à droite qu'à gauche.

Pas de dysenterie antérieure; le malade n'a pas séjourné quatre mois en Algérie, et cela dans une région élevée par un été des plus modérés.

Nous verrons plus loin, à propos de la pathogénie, l'intérêt de cette remarque.

Le malade qui fait l'objet de cette observation présente plus d'un point de comparaison avec celui qui nous occupe.

On relève dans leurs antécédents à tous deux un séjour dans les pays chauds, mais sans dysenterie. Nous y reviendrons à propos de l'étiologie. L'un et l'autre ont présenté des lésions typiques de colotyphoïde et de la suppuration hépatique auxquels ils ont succombé. Le diagnostic de ces lésions a pu être fait pendant la vie. Par contre, ils se distinguent par les deux faits suivants : notre malade n'a jamais attiré l'attention du côté de son foie et, chez lui, on note une diarrhée très abondante, involontaire et très fétide, dont il n'est pas question chez le malade de Sorel. En d'autres termes, ce dernier a présenté à un certain moment une symptomatologie assez nettement hépatique et aucun des signes que nous avons donnés plus haut pour reconnaître la colotyphoïde n'a permis de songer à une localisation du côté de son gros intestin. Nous devons tenir compte, il est vrai, pour expliquer l'absence de signes du côté du foie chez notre malade, de l'état d'obnubilation et de dépression qu'il n'a cessé de présenter dès le début de son affection. Cette

remarque nous semble d'autant plus intéressante que, en compulsant les quelques cas connus de colotyphoïde avec abcès du foie, nous avons presque toujours noté une douleur assez vive et assez prolongée dans l'hypochondre droit.

CHAPITRE V

PATHOGÉNIE DES ABCÈS DU FOIE

Abordons maintenant la question du mode de production des abcès du foie au cours de la fièvre typhoïde, autrement dit leur pathogénie.

Avec Lannois nous admettrons deux grandes théories : la théorie intestinale et la théorie pyoémique. La première comprend deux subdivisions :

1° Les abcès par ulcérations typhiques des conduits biliaires ;

2° Les abcès liés à la pyléphlébite qui est elle-même causée par les lésions typhiques de l'intestin.

La seconde comprend :

Les abcès métastatiques dont le point de départ est une suppuration d'une autre région du corps, notamment les suppurations sous-cutanées.

Autrement dit, on assigne à ces abcès soit une origine intestinale, soit une origine pyoémique.

Telle est la division adoptée par Romberg et après lui par Cassuto et la majorité des auteurs. Où les divergences apparaissent, c'est quand il s'agit de faire dans chaque cas la part qui revient à l'une ou l'autre de ces causes ainsi que nous le verrons dans un instant.

Contentons-nous maintenant d'étudier avec quelques détails le mécanisme de chacune de ces causes.

Pour arriver jusqu'au foie, les bacilles trouvent diverses voies : ils se propagent tantôt par contiguité et c'est ainsi qu'ils l'envahissent à la suite d'une périhépatite ou d'une pleurésie, tantôt par la voie lymphatique périphérique. Il semble bien que, dans la grande majorité des cas, les bacilles arrivent au parenchyme hépatique par la voie sanguine. Celle-ci est double et comprend l'artère hépatique d'une part et, de l'autre, la veine porte. Occupons-nous d'abord de celle-ci.

Une lésion infectieuse du tube digestif pourra être le point de départ d'embolies microbiennes se dirigeant vers le foie. L'importance de ce processus est considérable. En effet, dans presque toutes les infections, on observe des manifestations intestinales, notamment de la diarrhée. Il en résulte une augmentation du pouvoir pathogène des microbes contenus normalement dans le tube digestif, souvent une altération des parois gastro-intestinales et, consécutivement, une pénétration des genres morbides ou de leurs produits de sécrétion, mais c'est surtout dans les infections à localisations intestinales que le foie est facilement atteint : dans la dysenterie par exemple, les amibes émigrent par la veine porte et, accompagnées de tout un cortège de bactéries, élisent domicile dans le foie en provoquant la suppuration. Si la dysenterie est souvent accompagnée ou suivie d'accidents hépatiques, pourquoi par analogie n'en serait-il pas de même de la colotyphoïde. Nous savons que des lésions spécifiques de cette maladie résident dans l'ulcération des plaques de Peyer et des

follicules clos. Le bacille d'Eberth, le colibacille et toute la flore microbienne intestinale, sous l'influence de cet état pathologique, acquièrent une grande violence ; entraînés par la veine porte dans le courant circulatoire, ils s'arrêtent dans le foie et peuvent y déterminer des accidents variés, entre autres des abcès du foie.

Théorie intestinale.

La VOIE PORTALE reliant directement l'intestin au foie entraîne les microbes qui pullulent dans le tube digestif au niveau des ulcérations des plaques de Peyer, ceux-ci infectent le parenchyme hépatique déterminant de la congestion ou de l'inflammation suppurative.

La transmission de la veine porte au foie se fait soit par continuité le long des parois des vaisseaux porte depuis leurs origines jusqu'à leurs ramifications intra-hépatiques, soit par détachement d'embolies septiques multiples des thrombus pariétaux de la veine porte ou d'embolies purulentes du contenu de cette veine. Jonnesco en 1894, et plus tard Dieulafoy ont insisté sur la richesse vasculaire veineuse de l'appendice et du cæcum. Qu'une ulcération vienne à se produire à ce niveau, toutes ces veines ouvertes seront envahies par le pus ou les matières septiques intestinales. Cet envahissement du système porte a été constaté au niveau même du point où les germes pénètrent. « Les rameaux veineux appendiculaires et iléo-cæcaux ont été trouvés remplis par des bouchons fibrineux et obstrués. On a vu ainsi l'inflammation se propager par

continuité pour ainsi dire et on a assisté, pas à pas, à cette propagation. » (Berthelin)¹.

La voie artérielle, ne doit pas être exclue complètement : en effet, l'artère hépatique peut servir de canal vecteur aux embolies toxiques. Parties d'un foyer de suppuration secondaire, ces embolies septiques s'arrêteront dans le foie et y détermineront un ou plusieurs abcès métastatiques. Pourtant cette voie n'a qu'une importance secondaire, car le bacille d'Eberth n'existe pas en abondance dans le sang de la grande circulation. Toutefois, ce sang n'est pas exempt de toxines qui contribuent certainement à endommager le foie et doivent entrer, de ce fait, en ligne de compte.

En outre des vaisseaux sanguins, le foie est doté de canaux biliaires qui peuvent présenter de la périangiocholite et par lesquels les microbes peuvent remonter de l'intestin. Le bacille d'Eberth remontera le cholédoque, suivra le canal cystique, atteindra la vésicule biliaire ou bien il prendra le canal hépatique et gagnera le foie par la voie ascendante. Dans la dothiéntérie les agents pathogènes, à la faveur de circonstances, ne manqueront pas d'effectuer cette ascension.

La bactériologie a montré la justesse de ces conceptions. L'examen bactériologique du pus des abcès dûs à la fièvre typhoïde a révélé l'existence du bacille d'Eberth à Lannois d'abord, puis à Remlinger. Swain a isolé par cultures sur milieux divers, de très nombreuses colonies de bacille typhique. La réaction de

¹ Berthelin, *Suppurations d'origine appendiculaire* (thèse Paris.)

Vidal dans ce dernier cas a même été assez notable : l'agglutination d'une goutte de culture en bouillon était évidente avec XX gouttes de sérum de typhique ; le bacille était donc très virulent.

Théorie pyoémique

Nous n'avons rien dit jusqu'à présent des abcès métastatiques dont le point de départ est une suppuration d'une autre région du corps, notamment les suppurations sous-cutanées.

Ce sont eux qui forment la première catégorie dans notre classification.

Romberg cite quatre cas qui rentrent dans cette catégorie ; l'un emprunté à Louis fait suite à une parotidite suppurée, l'autre dû à Chvostek coïncide avec une « périchondrite laryngée », le troisième dû à Freundlich, relève « d'un abcès au quatrième doigt de la main droite et du coude droit », le quatrième enfin, dû à Dunin d'un « abcès de l'éminence thénar gauche.

Le professeur Tripier ¹ n'admet que cette pathogénie ; nous le citons textuellement :

« Depuis longtemps nous soutenons que les ulcérations de l'intestin ne doivent pas être incriminées pour des motifs nombreux qui paraissent les mettre hors de cause. On remarquera d'abord que les accidents pyoémiques se produisent ordinairement dans certaines fièvres typhoïdes à forme prolongée et à une période où les ulcérations sont absolument détergées et plates,

¹ Tripier, *Traité d'anat. pathol. générale*.

dans des conditions peu favorables à l'absorption du pus qui ne peut guère séjourner à leur surface. Ce qui le prouve, du reste, c'est que le foie, qui, dans la fièvre typhoïde, devrait être le siège de prédilection des abcès secondaires n'est ordinairement pas affecté et que l'on observe des abcès dans les poumons principalement, comme dans les cas où le foyer de suppuration primitif se trouve dans le ressort de la circulation générale. Et, en effet, on peut toujours trouver dans ces fièvres typhoïdes (le plus souvent au niveau du siège) une escarre ou au moins une exulcération de la peau qui est l'origine des accidents. Depuis bien des années où notre attention est attirée sur ce point et où nous avons fait beaucoup d'autopsies, nous n'avons jamais rencontré de fièvre typhoïde compliquée d'infection purulente; sans constater en même temps les lésions cutanées qui en sont l'origine et que l'on découvre en examinant avec soin les diverses parties du tégument, mais qui sont souvent méconnues lorsque l'attention n'est pas spécialement dirigée de ce côté. Cependant cette notion est des plus importantes parce qu'en connaissant la cause de ces accidents habituellement mortels on peut prendre préalablement des soins capables d'éviter les lésions qui les déterminent.

« La remarque que l'on a trouvé des bacilles d'Eberth dans les foyers purulents secondaires ne saurait prouver leur origine intestinale contraire à l'observation des faits et à leur explication naturelle; car, à notre connaissance, jamais les ulcérations seules de l'intestin chez les typhiques n'ont donné lieu à des abcès secondaires, tandis qu'il est assez naturel d'ad-

mettre que des abcès se formant chez des typhiques infectés par les bacilles d'Eberth, ceux-ci se retrouvent dans les abcès comme dans les autres manifestations inflammatoires Si les lésions cutanées les plus superficielles peuvent engendrer la pyoémie, il y a des probabilités pour qu'il puisse en être de même de certaines lésions des muqueuses dont les produits sont retenus dans des cavités facilitant leur résorption. Et c'est ainsi que des inflammations de ces muqueuses placées plus ou moins profondément, de manière à échapper au moins en partie à l'observation, peuvent être la cause de productions secondaires pyoémiques qu'au premier abord on pourrait croire dues à une infection générale spontanée. Mais celle-ci n'existe pas plus que la génération spontanée : il faut toujours un foyer primitif et encore purulent pour donner lieu à la production de phénomènes inflammatoires de même nature dits de généralisation. »

On voit par cette citation que tous les cas d'abcès du foie ne reconnaissent qu'une seule et même cause, la pyoémie et que, pour se prononcer, il faut au préalable avoir minutieusement examiné tout le tégument qui serait toujours le siège de lésions plus ou moins étendues.

Cet examen n'est relaté dans aucune des observations publiées jusqu'à ce jour, il est donc difficile de discuter l'interprétation du professeur Tripier. Notre malade lui-même ne saurait infirmer cette règle, car il résulte de nos informations que l'examen de la peau a été assez superficiel. Il n'y avait certainement pas d'escarre, mais nous avons vu qu'une exulcération très peu

profonde était capable de servir de porte d'entrée à l'infection. Néanmoins, nous pensons que cette pathogénie est trop exclusive et nous croyons qu'il faut admettre la possibilité de l'hépatite suppurée d'origine intestinale en raison des relations si intimes qui unissent le foie et l'intestin, relations que nous avons démontrées plus haut.

De plus, on ne voit pas pourquoi ce qui a lieu pour la dysenterie ne pourrait pas avoir lieu pour la fièvre typhoïde. Ce sont là deux affections qui touchent profondément l'intestin, et la plupart des auteurs s'accordent à expliquer l'abcès du foie dysentérique par la pénétration dans cet organe de matières septiques venant de l'intestin par l'intermédiaire de la veine-porte. Pourquoi ne pourrait-il en être de même au cours de certaines dothiéntéries et principalement de la colotyphoïde où, comme dans la dysenterie, les lésions occupent le gros intestin ? De plus, dans un grand nombre d'observations on a noté une pyléphlébite suppurative, indice que la veine-porte était infectée. Quoi d'étonnant alors que le foie participe à cette infection ! Le cas de Lannois est très démonstratif à cet égard. Romberg cite cinq cas d'abcès du foie justiciables de cette pathogénie. Nous pensons donc que la théorie de Tripier n'explique pas tous les cas et que la voie portale doit souvent être incriminée. Nous devons pourtant reconnaître que notre cas ne rentre dans aucune des catégories que nous avons énumérées.

En ce qui concerne notre malade, une autre difficulté surgit au point de vue pathogénique. On peut se demander si les abcès du foie qu'il a présentés ont vrai-

ment une origine typhique. En effet, nous avons dit qu'il avait fait un séjour de trois ans en Algérie et l'on sait combien sont fréquents les accidents hépatiques chez les habitants des pays chauds. Nous sommes peut-être en présence d'une hépatite sans rapports aucuns avec la dothiéntérie. Il est vrai que notre malade déclare avoir toujours eu une bonne santé pendant son séjour à Sétif et, d'autre part, il s'est écoulé plusieurs années depuis son retour en France. Pendant tout ce temps il n'a jamais rien présenté du côté de son foie. D'autre part, si nous admettons la théorie de la propagation par la veine-porte, cet homme offrait du côté de son intestin toutes les conditions propres à léser son foie. Aussi croyons-nous que l'hypothèse d'une affection hépatique contractée dans les pays chauds n'est pas démontrée. Nous avons cru devoir mentionner ce fait afin de montrer la difficulté que l'on peut rencontrer parfois à remonter à la véritable cause d'une altération observée.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Il faut distinguer et faire la part de la colotypoïde et de l'abcès du foie.

Contre la colotypoïde il faudra lutter par le repos et les opiacés. L'antisepsie intestinale pourra rendre aussi des services, car on sait la puissance d'absorption du gros intestin vis-à-vis des alcaloïdes toxiques et des microorganismes. On se trouvera donc bien de l'administration de poudres absorbantes (charbon) et antiseptiques (benzonaphtol), suivant les procédés multiples mis en usage par le professeur Bouchard. On fera bien de s'abstenir des lavements, car on s'exposerait à des perforations si faciles au cours de la colotypoïde.

En ce qui concerne l'abcès du foie, si l'on admet exclusivement la pathogénie invoquée par M. le professeur Tripier, nous avons vu qu'il peut être prophylactique. En effet, il suffira de veiller à l'intégrité du tégument, c'est-à-dire de s'opposer à l'apparition de toute solution de continuité, si petite soit-elle. Prévenu de ce fait, on pourra par des soins de propreté minutieux éviter jusqu'à un certain point l'infection de la peau.

A ce propos, il serait à souhaiter que l'on renonce à

la pratique actuellement en vigueur dans les hôpitaux, qui consiste à baigner plusieurs typhiques dans la même eau, ce qui est contraire à la fois à l'hygiène et à la prophylaxie.

Quant à l'abcès du foie déclaré, il faut savoir qu'il n'y a pas de traitement possible des abcès multiples, qu'ils soient métastatiques ou consécutifs à une pyléphlébite. On ne peut que soulager les malades.

Dans le cas d'abcès unique il n'en est pas de même. Si le diagnostic est précoce et si le malade n'est pas trop affaibli, on peut avoir recours à une opération chirurgicale qui, nous l'avons vu, dans un cas de James Swain, a été suivie de guérison. Toutefois, avant de se résoudre à une intervention sanglante et dans le but de soulager la malade et de lui permettre de reprendre quelques forces pour supporter l'opération, on peut pratiquer des ponctions évacuatrices répétées. Chater¹ a réussi, à la suite de trois ponctions, à guérir un de ses malades. On sait, en effet, la gravité des opérations chez les typhiques.

Ce qui importe au plus haut point, c'est de reconnaître, aussitôt que possible l'existence de la complication hépatique : l'attention devra toujours être éveillée de ce côté et l'on ne saurait trop recommander d'examiner méthodiquement et souvent le foie de tous les dothiéntériques.

Quoi qu'il en soit, il ne semble pas, comme l'a déjà fait remarquer Mercier dans sa thèse, que les abcès du foie soient plus fréquents dans la colotyphoïde que dans

¹ Chater, *British medical journal*, 1873.

la dothiésentérie vulgaire. De fait, en compulsant les observations, nous n'en avons trouvé qu'une sur 27 comparable à la nôtre, celle de Sorel où il existait des ulcérations côliques et un abcès hépatique. Il semble donc qu'on ne doit pas ajouter un nouveau facteur de gravité à la colotyphoïde dont le pronostic est déjà si sombre par la nature de la maladie elle-même et par sa complication la plus fréquente de la perforation intestinale.

CONCLUSIONS

I. La colotyphoïde est une variété de dothiénentérie que l'on n'a pas souvent l'occasion de rencontrer.

Le diagnostic en est des plus difficiles parce qu'elle donne lieu à des symptômes peu caractéristiques qui peuvent même manquer :

Ces symptômes sont au nombre de trois :

a) La douleur sur le trajet des côlons.

b) Le météorisme de la moitié supérieure de l'abdomen.

c) La diarrhée fétide, profuse, tenace.

Le pronostic est très sombre.

II. Parmi les complications rares de la colotyphoïde, il faut citer l'abcès du foie qui peut être unique ou multiple.

Le diagnostic est entouré des mêmes difficultés que celui de l'affection qui lui donne naissance, aussi passe-t-il le plus souvent inaperçu.

On note quelquefois de l'ictère, de l'hypertrophie du foie avec douleur dans l'hypocondre droit.

Le pronostic est le plus souvent fatal.

III. En résumé, la colotyphoïde avec abcès du foie formée par l'association des deux affections précédentes est une maladie extrêmement grave et dont le diagnostic est des plus difficiles.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BONDET

Vu :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 9 juillet 1904.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRAL, Clinique médic., t. I, Paris, 1840.
- BARTH, Ulcération et perforation des follicules isolés du gros intestin dans la fièvre typhoïde (Société anatomique. 15 février 1884).
- BOKAI, Abscès du foie dans la fièvre typhoïde (Union méd., 1882).
- CEPPI, Progrès médical, 1877.
- CORNIL, Société médic. des hôpitaux, 1872.
- CASSUTO, Abscès du foie d'origine typhique (th. Paris, 1900).
- DEVIC et ROUX, Province médicale, p. 97, 1895.
- DREYFUS-BRISSAC, Du foie dans la fièvre typhique (Gazette hebdomadaire de méd., Paris, 1891).
- DODERO, Rapports de la tuberculose et de la fièvre typhoïde (th. Lyon, 1894).
- GUENEAU DE MUSSY, Clinique médicale, t. III, 1884.
- GRISOLLE, Traité de pathologie interne, t. I.
- GERVAIS, A propos de quelques hépatites consécutives à la fièvre typhoïde observée en Nouvelle-Calédonie (th. Paris, 1887).
- HECQUET, Des accidents hépatiques dans la fièvre typhoïde (th. Paris, 1902).
- HENRIOT, Du diagnostic et du pronostic de la fièvre typhoïde avec lésions prédominantes sur le gros intestin (th. Lyon, 1895).
- HANOT, Semaine médicale, 1895.

- LEMOINE, De l'antisepsie médicale (th. agrégation, Paris, 1886).
- LEGRY, Etude du foie dans la fièvre typhoïde (th. Paris, 1890).
- LOUIS, Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la maladie connue sous le nom de fièvre typhoïde.
- LEUDET, Recherches sur l'ulcération et la perforation du gros intestin consécutives à la fièvre typhoïde (Mémoire de l'Acad. de méd., 1871, t. XXX).
- Société anatomique, p. 43, 1853.
- Gazette hebdomadaire, p. 217, 1854.
- LAVERAN, Bulletin Société méd. des hôpitaux, 1893.
- LANNOIS, Revue de médecine, 1895.
- LEGRAND, L'hépatite suppurative et les abcès du foie en Nouvelle-Calédonie (Arch. de méd. navale, 1891).
- Lyon Médical, Un cas de colotypoïde avec abcès du foie, 26 juin 1904.
- MERCIER, Etude sur la fièvre typhoïde avec lésions prédominantes sur le gros intestin (th. Paris, 1888).
- MALESPINE, Arch. gén. de méd., t. X, p. 32, 1841.
- MURCHISON, La fièvre typhoïde, trad. de Lutaud, Paris, 1878.
- MEUNIER, Sur la fièvre typhoïde à rechutes (th. Paris, 1883).
- ROGER, De la fièvre typhoïde à forme hépatique (Presse médic., Paris, 1900).
- REMLINGER, Grand abcès du foie d'origine typhoïdique (Méd. mod., mars 1897).
- ROMBERG, Beobachtungen über Lerebabcesse beim typhus abdominalis (Berliner klinische Wochenschrift, p. 192-197, 1890).
- SOREL, Fièvre typhoïde, ulcération des follicules clos du gros intestin, abcès du foie, péritonite (Union médicale, 287, 1882).
- TRIPPIER et BOUVERET, La fièvre typhoïde traitée par les bains froids.
- TRIPPIER, Traité d'anatomie pathologique générale.
- TROUSSEAU, Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu, t. I.

